

anac *Magazin*



NEUES ZU ABRECHNUNG UND HONORAR AUF EINEN BLICK

AUSGABE 31 – Q4 2026

VORWORT	3
IN EIGENER SACHE	
Praxisindividuelle Simulationsrechnung 1 zum GKV-Spargesetz	4
Fortbildungen für Haus- und Fachärzte: GKV-Spargesetz – Grundlagen für die Praxisplanung 2027	7
NEUES AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK	10
ABRECHNUNG UND HONORAR	12
KURZMELDUNGEN	14
WAS WAR NOCH MAL?	16
REGIONALE KV-REGELUNGEN	18
REGIONALE HZV-REGELUNGEN	41
DIE WELT DER HZV	46
IMPRESSUM	50

WILLKOMMEN

KUNDENMAGAZIN DER AAC PRAXISBERATUNG GMBH

Sehr geehrte Frau Doktor,
sehr geehrter Herr Doktor,

Was bedeutet das GKV-Spargesetz für meine Praxis?

Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (GKV-BStabG) ist keine Reform, sondern ein Spargesetz. Es tut Praxen bzw. MVZ viel zu und entzieht der ambulanten Versorgung allein im nächsten Jahr **3 Mrd. Euro** Honorar. Der fachärztliche Bereich ist von den Einsparungen deutlich stärker betroffen als die Hausärzte. Die Kürzungsbeschlüsse treten im Januar 2027 in Kraft. Dies bedeutet, dass bis zum Jahresende alle vorhandenen Optionen zur Umsatzsteigerung optimal genutzt werden sollten. Für Hausärzte gibt es zudem eine besonders gute Nachricht. Der sog. Fixkostendegressionsabschlag auf das Nachfinanzierungsvolumen bei Mehrleistung sowie bei Neupatienten in der HZV entfällt. Der Gesetzgeber wird diese Regelungen kurzfristig aus dem GKV-BStabG wieder streichen.

Um Sie optimal auf die anstehenden Herausforderungen vorzubereiten, konzipieren wir eine Simulationsrechnung für Haus- bzw. Fachärzte. Diese beinhaltet eine **erste praxisindividuelle Simulation** der Effekte für Abrechnung & Honorar und steht in Q4 für Sie bereit. Damit erhalten Sie Transparenz und Planungssicherheit, um die Umsatzlücke möglichst klein zu halten bzw. zu schließen.

Flankiert wird diese Beratung von drei Webinaren konkret zu diesem Thema. Hier vertiefen wir noch einmal die neuen Regelungen und zeigen Relevanz und Handlungsoptionen auf. Wir sind sicher, dass wir Ihnen mit unserer Beratung einen Vorsprung verschaffen können. Die Anmeldung zu allen Veranstaltungen finden Sie auf den Seiten 7–8.

Ihr Berater steht Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.
Feedback in jeder Form ist ebenfalls immer willkommen!

Eine gute Lektüre und eine sichere Abrechnung wünschen Ihnen

Dr. Georg Lübben Dr. Tino Lippmann Markus Kottmann

IN EIGENER SACHE

PRAXISINDIVIDUELLE SIMULATIONSRECHNUNG 1 FÜR HAUSÄRZTE

Was bedeutet das GKV-Spargesetz für meine Praxis?

Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz ist ein Spargesetz. Es mutet insbesondere den Praxen bzw. MVZ viel zu und entzieht der ambulanten Versorgung allein im nächsten Jahr **3 Mrd. Euro** Honorar. Der fachärztliche Bereich ist von den Einsparungen deutlich stärker betroffen als die Hausärzte.

Die meisten Regelungen treten zum **Januar 2027** in Kraft. Durchschnittsbetrachtungen geben eine erste Orientierung, sind aber für die Planung des weiteren Vorgehens auf Praxisebene nicht zielführend. Deshalb stellen sich für Ihre Praxis die folgenden Fragen:

- Welche **Umsatzeffekte** ergeben sich für Ihre Hausarztpraxis?
- Wie sind diese für die **Planung 2027** zu berücksichtigen?

Diese Fragen wollen wir in zwei Schritten beantworten:

PRAXISINDIVIDUELLE SIMULATIONSRECHNUNG 1	PRAXISINDIVIDUELLE SIMULATIONSRECHNUNG 2
Erste Simulation der Effekte für Abrechnung & Honorar Basis: GKV-BStabG	Konkrete Simulation der Effekte für Abrechnung & Honorar Basis: BA & HVM in Q1 2026
Q4 2026	Q2 2027

BA: Bewertungsausschuss, HVM: Honorarverteilungsmaßstab der KV

Durch eine praxisspezifische Simulation der gesetzlichen Änderungen gewinnen Sie Transparenz und Handlungsoptionen zur Gegensteuerung.

Wir zeigen Ihnen damit konkret, wie Sie Ihre Praxis

- **betriebswirtschaftlich stabil** und
- **zukunftsicher**

aufstellen können und begleiten Sie in der Umsetzung.



Die Anmeldung finden Sie auf Seite 6.

Eine vergleichbare Simulationsrechnung **für Fachärzte** ist in Vorbereitung.

IN EIGENER SACHE

PRAXISINDIVIDUELLE SIMULATIONSRECHNUNG 1 FÜR HAUSÄRZTE



Übersicht der wichtigsten Änderungen durch das GKV-BStabG

- Das Gesetz sieht vor, dass die **ärztliche Gesamtvergütung** nicht stärker als die **Einnahmen** der **GKV** steigen darf, damit die Beiträge der Versicherten stabil bleiben.
- Dafür sind **Leistungskürzungen** und **Ausgabenbremsen** vorgesehen.
- Alle Bestandteile des ärztlichen Honorars sind betroffen, also auch **HZV-** und **Selektivverträge**.
- Von der Wachstumsbremse sind nur gesetzlich vorgeschriebene Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen sowie DMP-Leistungen ausgenommen.
- Die folgenden Leistungen entfallen:
 - Vergütungsregelungen für TSVG-Konstellationen: Hausarztvermittlungsfall und TSS-vermittelte Fälle
 - Hygienezuschlag zur Versichertenpauschale
 - Beratung zur Organspende
 - Leistungen zur Befüllung der elektronischen Patientenakte (ePA)
 - Zuschlag zur Kurzzeittherapie (Psychotherapie)
- Gleichzeitig werden bis auf wenige Ausnahmen die Leistungen der **extrabudgetären Gesamtvergütung** (EGV) in die Morbiditätsbedingte Vergütung (MGV) überführt. Damit können diese **quotiert vergütet** werden, wenn die zur Verfügung stehenden Mittel zur Finanzierung der Leistungen nicht ausreichen.
- Der Bewertungsausschuss entscheidet auf Bundesebene über die Verteilung des EGV-Honorarvolumens auf die einzelnen Fachgruppen. Basis der Vergütung ist das Jahr **2025**.
- Die **Entbudgetierung** der haus- und kinderärztlichen Leistungen sowie der Hausbesuche bleibt unverändert in Kraft. Wenn die Hausarzt-MGV nicht ausreicht, müssen die Krankenkassen nachfinanzieren.



Zusätzlich

Überprüfung und Neuausrichtung **Gesundheitsuntersuchung** und **Hautkrebsscreening**, Umsetzung ab 2028.

Was bedeutet das GKV-Spargesetz für Ihre Praxis?

Melden Sie sich noch heute für Ihre

PRAXISINDIVIDUELLE SIMULATIONSRECHNUNG 1

zusammen mit einer

UMSATZSTABILISIERUNGS-BERATUNG

online an, oder kontaktieren Sie Ihren Berater.

www.aac-pb.de/kontakt/spargesetz-simulation

Unsere Beratung – Ihr Vorsprung!



Termin	Donnerstag, den 05.11.2026, 19:00 bis 20:00 Uhr	Online-Buchung unter:	
Ihr Referent	Dr. med. Georg Lübben, Geschäftsführung		
Kosten	Die Teilnahme an der Veranstaltung ist kostenfrei .	www.aac-pb.de/fortbildung	

Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (GKV-BStabG) bedeutet für den ambulanten Bereich eine Zäsur. 2027 fallen eine Reihe von Leistungen weg, fast alle Leistungen der EGV werden in die MGV überführt und könnten damit erstmalig nur noch quotiert werden.

Bis alle Details zur Vergütung der ambulanten Leistungen feststehen, befinden wir uns bereits im März 2027. Wir wollen mit unserer ersten **praxisindividuellen Simulationsrechnung** aber bereits jetzt eine erste Abschätzung der Effekte für Abrechnung und Honorar vornehmen.

In dieser Fortbildung wollen wir auf die ersten Ergebnisse der Simulationsrechnung schauen und die Ergebnisse der einzelnen Fachgruppen bewerten und einordnen. Damit haben Sie Orientierungspunkte für Ihre betriebswirtschaftliche Planung für das nächste Jahr.

- Wie wirken sich die direkten Leistungskürzungen auf das Honorar aus?
- Welcher Anteil der TSVG-Leistungen steht 2027 als MGV zur Verfügung?
- Wie könnten die ehemaligen EGV-Leistungen quotiert werden?
- Wie würde Abrechnung und Vergütung der Leistungen aus Q3 2026 in Q3 2027 ausfallen?

Viele Fachärzte fragen nach den Optionen einer rechtssicheren **Privatsprechstunde** für **GKV-Patienten**. Auch zu diesem Thema möchten wir Ihnen die wichtigsten Eckpunkte und Fallstricke vorstellen, damit Sie eine gute Grundlage haben, sich mit dem Thema weiter auseinanderzusetzen.

Ebenso geben wir Ihnen einen aktuellen Überblick über den aktuellen Stand der gesundheitspolitischen Diskussion und zu den anstehenden Entscheidungen.

Ein Handout wird auf Wunsch zur Verfügung gestellt.

Das Webinar ist **spezifisch** für **Fachärzte** geeignet.

Termine	Donnerstag, den 12.11.2026 , 19:00 bis 20:00 Uhr Dienstag, den 24.11.2026 , 19:00 bis 20:00 Uhr	Online- Buchung unter:	
Ihr Referent	Dr. med. Georg Lübben, Geschäftsführung		
Kosten	Die Teilnahme an der Veranstaltung ist kostenfrei .	www.aac-pb.de/fortbildung	

Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (GKV-BStabG) bedeutet für den ambulanten Bereich eine Zäsur. 2027 fallen eine Reihe von Leistungen weg, fast alle Leistungen der EGV werden in die MGV überführt und könnten damit erstmalig nur noch quotiert werden.

Bis alle Details zur Vergütung der ambulanten Leistungen feststehen, befinden wir uns bereits im März 2027. Wir wollen mit unserer ersten **praxisindividuellen Simulationsrechnung** aber bereits jetzt eine erste Abschätzung der Effekte für Abrechnung und Honorar vornehmen.

In dieser Fortbildung wollen wir auf die ersten Ergebnisse der Simulationsrechnung schauen und die Ergebnisse der einzelnen Fachgruppen bewerten und einordnen. Damit haben Sie Orientierungspunkte für Ihre betriebswirtschaftliche Planung für das nächste Jahr.

- Wie wirken sich die direkten Leistungskürzungen auf das Honorar aus?
- Wie könnten die ehemaligen EGV-Leistungen quotiert werden?
- Wie würde Abrechnung und Vergütung der Leistungen aus Q3 2026 in Q3 2027 ausfallen?
- Mit welchen Leistungen könnte eine Umsatzlücke verkleinert bzw. geschlossen werden?

Ebenso geben wir Ihnen einen aktuellen Überblick über den aktuellen Stand der gesundheitspolitischen Diskussion und zu den anstehenden Entscheidungen.

Ein Handout wird auf Wunsch zur Verfügung gestellt.

Das Webinar ist für **Hausärzte** geeignet.



NEUES

AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK

Kurswechsel - der Fixkostendegressionsabschlag für Haus- und Kinderärzte entfällt

Ein besonders umstrittener Punkt des GKV-BStabG ist der sog. Fixkostendegressionsabschlag im KV- und HZV-System. Dieser Abschlag findet sich auch nicht in den Vorschlägen der GKV-Finanzkommission. Selbst der Vorsitzende der GKV-Finanzkommission nannte den Abschlag „widersinnig“.

Für Haus- und Kinderärzte werden die Leistungen aus Kap. 3 und 4 des EBM und die Hausbesuche in einer eigenen Hausarzt- bzw. Kinderarzt-MGV nach den Preisen gemäß EBM vollständig vergütet. Nur wenn die vereinbarte MGV nicht ausreicht und die Krankenkassen – wie gesetzlich vorgesehen – nachfinanzieren müssen, greift ein Abschlag auf diese Vergütungssumme. Damit soll der sinkende Fixkostenanteil der Praxis bei steigenden Patientenzahlen abgebildet werden.

In der HZV sollte ein Abschlag auf die Vergütung in den Verträgen für Neupatienten aufgenommen werden.

Die Koalitionsparteien haben jetzt entschieden, dass der Abschlag sowohl im KV- als auch im HZV-System gestrichen wird. Das GKV-BStabG wird im Rahmen der Notfallreform geändert.

Orientierungswert 2027 steigt um 2,2 %

Die Einigung zum Orientierungswert zur Kalkulation ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen erfolgte in diesem Jahr erneut ohne Schiedsspruch.

Der Orientierungswert steigt im kommenden Jahr um 2,2 % und liegt dann bei 13,0207 Cent. Im Zuge des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes (BStabG) gibt es eine neue Vorgabe zur Anpassung des Orientierungswertes: als obere Grenze wird die Steigerung der Grundlohnrate minus einen Prozentpunkt gesetzt. Für das kommende Jahr wurde die obere Grenze bei 3,42 % durch das Bundesministerium für Gesundheit festgelegt. Die nun beschlossene Anpassung des Orientierungswerts von 2,2 % liegt damit – wie in der Vergangenheit meist üblich – unterhalb der Grundlohnrate.

Quelle: institut-ba.de/ba/babeschluesse/2026-09-23_ba853.pdf

NEUES

AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK

Wieder positiv - Demografie- und Morbiditätsentwicklung 2027

Der Bewertungsausschuss hat die Veränderungsraten der Demografie und Morbidität für 2027 festgelegt. Sie sind neben dem Orientierungswert maßgeblich für die Höhe der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV), über die die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVn) ab Herbst mit den regionalen Krankenkassen verhandeln.

Nachdem zuletzt beide Werte in allen KVn negativ waren, sind sie erneut positiv. Die Demografierate steigt im Bundesdurchschnitt um 0,07 %, die diagnosebezogene Veränderungsrate um 0,75 %.

Zuletzt hatten eine „Verjüngung“ der Bevölkerung durch Zuwanderung und Geburten sowie der Rückgang von Atemwegserkrankungen die beiden Werte negativ beeinflusst. Diese rückläufige Entwicklung hat sich in dieser Form jedoch nicht fortgesetzt.

Kassenärztliche Vereinigung	Prozent		
	Morbidität	Demografie	Mittelwert
Baden-Württemberg	0,8564	0,0855	0,47095
Bayern	0,9317	0,0843	0,50800
Berlin	-0,0651	-0,1112	-0,08815
Brandenburg	0,6910	0,0147	-0,68800
Bremen	0,1178	-0,0919	0,01295
Hamburg	-0,0492	-0,0412	-0,04520
Hessen	0,4729	0,0597	0,26630
Mecklenburg-Vorpommern	0,8509	0,1695	0,51020
Niedersachsen	0,8302	0,1220	0,47610
Nordrhein	0,6496	0,0269	0,33825
Rheinland-Pfalz	0,6400	0,0896	0,36480
Saarland	0,9637	0,0492	0,50645
Sachsen	0,8725	0,0767	0,47460
Sachsen-Anhalt	1,5453	0,0700	0,80765
Schleswig-Holstein	0,9509	0,0567	0,50380
Thüringen	1,1256	0,1958	0,66070
Westfalen-Lippe	0,7190	0,0935	0,40625

ABRECHNUNG UND HONORAR

HINWEIS

Die Nennung von Fachgruppen setzt voraus, dass diese spezifisch im entsprechenden Beschlusstext genannt werden oder für welche die Leistung überwiegend relevant ist. Ansonsten gelten die Informationen für alle Fachgruppen.

Einzelfallprüfung von Digitalen Gesundheitsanwendungen

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) können Ärzte und Psychotherapeuten mit dem Formular 16 verordnen. Alternativ können sie direkt bei der Krankenkasse beantragt werden. Sie dienen dazu Krankheiten zu erkennen, zu überwachen und zu behandeln oder zu lindern.

In einigen KVn kam es in letzter Zeit vermehrt zu Prüfungen durch die Krankenkassen.

Einige Arztpraxen erhalten vorausgefüllte Kurzatteste von Herstellern. Die dort enthaltenen vorformulierten Aussagen können suggerieren, dass eine Überprüfung der Kontraindikationen und Ausschlüsse durch den Hersteller erfolgt ist. Aus diesem Grund sollten diese Kurzatteste kritisch betrachtet werden. Die dort stehenden Informationen sollten nicht ohne Prüfung auf das Formular 16 übertragen werden.

Quelle: www.kvbawue.de/praxis/aktuelles/nachrichten-zum-praxisalltag/news-artikel/wichtige-hinweise-zur-verordnung-von-digitalen-gesundheitsanwendungen-diga

Gastro- enterologen

Kaltschlingen über EBM abrechnen

Seit diesem Quartal können die Sachkosten für Kaltschlingen bei Resektionen im Rahmen von Gastro- und Koloskopien abgerechnet werden. Der Bewertungsausschuss hat aus diesem Grund die Ziffer 40460 erweitert. Bisher war sie nur für Hochfrequenzdiathermieschlingen (Heißschlingen) berechnungsfähig. Ab jetzt kann die Ziffer für die Einmal-Heißschlinge oder Einmal-Kaltschlinge abgerechnet werden.

Die Ziffer 40460 kann im Zusammenhang mit den folgenden Leistungen abgerechnet werden:

- 01742, 04515, 04520, 08334, 13260, 13401, 13402, 13423 und 30601

Neu hinzugekommen sind die Ziffern:

- 01741, 13421 und 13422

Zusätzlich erfolgte eine Ergänzung des fakultativen Leistungsinhalts der Ziffern 01741 und 13421 um die Polypektomie von Polypen mit einer Größe von bis zu fünf Millimetern. Dadurch ist klargestellt, dass die Entfernung dieser Polypen Bestandteil der beiden Ziffern ist.

Quelle: institut-ba.de/ba/babeschluesse/2026-09-04_ba852.pdf

ABRECHNUNG UND HONORAR

Haus- und
Kinderärzte

Beratung RSV-Prophylaxe – Ziffer 01943 gestrichen

Säuglinge können innerhalb des ersten Lebensjahres die RSV-Prophylaxe erhalten. Bisher konnten Praxen die Beratung und Prophylaxe (Ziffer 01941) und die reine Beratung zur Prophylaxe (Ziffer 01943) abrechnen.

Bei der Einführung der beiden Ziffern war die Ziffer 01943 auf zwei Jahre befristet. Diese Frist ist ausgelaufen und die Ziffer kann seit dem 16.09.2026 nicht mehr abgerechnet werden.

Praxen können für die Beratung und Prophylaxe die Ziffer 01941 abrechnen. Die reine Beratung kann nicht mehr abgerechnet werden.

Eine Besonderheit behält jedoch noch Gültigkeit:

Wurde bei einem Patienten die Ziffer 01943 vor dem 16.09.2026 abgerechnet und erfolgt bis Ende März 2027 die anschließende Prophylaxe, gilt weiterhin der Abschlag von 32 Punkten auf die Ziffer 01941. Diese wird dann von 75 Punkten auf 43 Punkte gekürzt. Diese Abschlagsregelung gilt noch bis 31.03.2027. Das legte der Bewertungsausschuss fest.

Quelle: <https://www.kbv.de/praxis/tools-und-services/praxisnachrichten/2026/09-17/beratung-zur-rsv-prophylaxe-bei-saeuglingen-nicht-mehr-einzeln-berechnungsfahig>

Hausärzte

Versorgungspauschale – Pseudoziffern nicht vergessen

Im Zusammenhang mit der Versorgungspauschale, Ziffer 03100, wird im Folgequartal nach der Abrechnung der Ziffer 03100 bei intensivem Betreuungsbedarf die Ziffer 03110 abgerechnet. Dabei gibt es eine Obergrenze: die Ziffer 03110 darf bei max. 8 % der Behandlungsfälle mit Abrechnung der Ziffer 03100 im Vorquartal angesetzt werden.

Erfolgt ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt ohne Vorliegen eines intensiven Betreuungsbedarfs und es kann keine Ziffer abgerechnet werden, die den persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt (z. B. eine Sonografie) anzeigt, erfolgt die Abrechnung der 88230. Findet der Arzt-Patienten-Kontakt ausschließlich im Rahmen der Videosprechstunde statt, wird die Ziffer 88220 angesetzt.

Die Ziffer 88230 ist für die Fallzählung u. a. für das Gesprächsbudget, den Wirtschaftlichkeitsbonus Labor und die Vorhaltepauschale relevant und ist seit diesem Quartal gültig.

KURZMELDUNGEN

Lungenkrebs-Screening

- NEU - Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung können die Einschätzung über Eignung von Patienten vornehmen und
- die Ziffern 01875 und 01876 abrechnen.
- Ziffer 01875: erstellen und aushändigen des Berichts über die Eignung des Versicherten für das Lungenkrebs-Screening mittels Niedrigdosis-Computertomographie
- Ziffer 01876: einmalige Erstberatung zur Früherkennung auf Lungenkrebs

Quelle: <https://www.kbv.de/praxis/tools-und-services/praxisnachrichten/2026/09-24/lungenkrebs-frueherkennung-zwei-weitere-fach-gruppen-ab-ersten-oktober>

Psychotherapie

- Gruppentherapie über die Ziffern 35503 bis 35509 kann ab sofort zweimal je 100 Minuten abgerechnet werden.
- Es muss keine neue Sitzung gestartet werden.

Quelle: [institut-ba.de/ba/babeschluesse/2026-09-02_ba851.pdf](https://www.institut-ba.de/ba/babeschluesse/2026-09-02_ba851.pdf)

COVID-Impfung - neue Altersgrenze

- Gesunde Erwachsene werden nur noch ab 75 Jahren und nicht mehr ab einem Alter von 60 Jahren geimpft.
- Zusätzlich entfällt die Empfehlung, dass Erwachsene eine Basisimmunität durch mindestens drei Antigenkontakte (Impfung und Infektion) aufbauen sollen.
- Eine einmalige Impfung ist ausreichend.

Quelle: www.g-ba.de/downloads/39-261-8001/2026-09-03_SI-RL_COVID-Impfung.pdf

Cannabisverordnung

- Die Berechnung der ärztlichen Stellungnahme zur Beantragung einer Genehmigung der Cannabisverordnung (Ziffer 01626) war bisher bis zu viermal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
- Seit 01.10.2026 ist durch den Wegfall der Erstattungsfähigkeit von Cannabisblüten die Leistung nur noch höchstens dreimal im Krankheitsfall ansetzbar.

Quelle: www.kbv.de/praxis/tools-und-services/praxisnachrichten/2026/09-24/cannabisverordnung-ebm-zum-ersten-oktober-angepasst

KURZMELDUNGEN

DMP-Datenstelle - Liste der aktuellen KIM-Adressen

- Anpassungen bei den KIM-Adressen seit dem 01.10.2026

Übersicht der aktuellen Adressen

KV	Krankenkasse	KIM-Adresse
Baden-Württemberg	AOK	dmp-datenstelle@iqvia-hss.kim.telematik
	IKK, BKK, KBS, vdek	edmp.datenstelle.bawue@i-motion.kim.telematik
Bayern	AOK, IKK, BKK, KBS, vdek, LKK	dokumentation@dmp-datenstelle-bayern.kim.telematik
Berlin	AOK, LKK, IKK, BKK, KBS, vdek	DMP-Datenstelle@data-experts.kim.telematik
Brandenburg	AOK, LKK, IKK, BKK, KBS, vdek	DMP-Datenstelle@data-experts.kim.telematik
Bremen	AOK, IKK, BKK, KBS, vdek, LKK	dmp-datenstelle@iqvia-hss.kim.telematik
Hamburg	AOK, IKK, BKK, LKK, KBS, vdek	dmp-datenstelle@iqvia-hss.kim.telematik
Hessen	AOK, LKK, IKK, BKK, KBS, vdek	dmp-datenstelle@iqvia-hss.kim.telematik
Mecklenburg-Vorpommern	AOK, LKK, IKK, BKK, KBS, vdek	dmp-datenstelle@iqvia-hss.kim.telematik
Niedersachsen	AOK, LKK, IKK, BKK, KBS, vdek	dmp-datenstelle@iqvia-hss.kim.telematik
Nordrhein	AOK, LKK, IKK, BKK, KBS, vdek	edmp.datenstelle.nordrhein@i-motion.kim.telematik
Rheinland-Pfalz	AOK	edmp@rps.aok.de
	LKK, IKK, BKK, KBS, vdek	edmp@datenstelle-trier.kim.telematik
Saarland	AOK, LKK, IKK, KBS, vdek	dmp-datenstelle@iqvia-hss.kim.telematik
	BKK	edmp@datenstelle-trier.kim.telematik
Sachsen	AOK, LKK, IKK, BKK, KBS, vdek	edmp.datenstelle.sachsen@i-motion.kim.telematik
Sachsen-Anhalt	AOK, IKK, BKK, KBS, vdek	dmp-datenstelle@iqvia-hss.kim.telematik
Schleswig-Holstein	AOK, IKK, BKK, KBS, vdek, LKK	dmp-datenstelle@iqvia-hss.kim.telematik
Thüringen	AOK, LKK, IKK, BKK, KBS, vdek	edmp.datenstelle.thueringen@i-motion.kim.telematik
Westfalen-Lippe	AOK, LKK, IKK, BKK, KBS, vdek	dmp-datenstelle@iqvia-hss.kim.telematik

WAS WAR NOCH MAL?

In dieser Rubrik erfolgt eine kleine Begriffserklärung von wiederkehrenden Themen aus dem Praxisalltag. In dieser Ausgabe geht es um Begriffe, die eine Rolle im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (BStabG) spielen.

MGV - Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

- von den Krankenkassen im Voraus festgelegtes Budget
- bei Überschreitung erfolgt eine quotierte Vergütung
- je nach KV und Fachgruppe unterschiedliche Höhe
- Die Höhe der MGV richtet sich nach der Anzahl der Versicherten und ihrem Alter sowie ihrer Morbidität.
- Leistungen RLV/PZV/PLB/IPV, QZV und
- Freie Leistungen - Vergütung mit festem Punktwert bis zu einer Obergrenze, Überschreitung löst ggf. Quotierung der Leistung aus
- Unterscheidung in Haus-/ Kinderarzt-MGV und MGV für die restlichen Fachgruppen

Hausarzt- und Kinderarzt-MGV

- seit der Q2 2023 bzw. Q4 2025 werden die Leistungen voll bezahlt:
 - Hausarzt: EBM Kapitel 3 und Hausbesuche
 - Kinderarzt: EBM Kapitel 4 und Hausbesuche

MGV für alle weiteren Fachgruppen

- weiter bestehende Regeln der MGV
- festgelegtes Budget und bei Überschreitung quotierte Vergütung

EGV - Extrabudgetäre Gesamtvergütung

- zweiter, von den Krankenkassen zur Verfügung gestellter Leistungstopf
- alle Leistungen mit vollständiger Vergütung, keine Mengensteuerung
- Der Leistungskatalog wird in allen KVn aufgrund der Empfehlungen des Bewertungsausschusses identisch umgesetzt.
- Beispiel: Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen und DMP



REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. OKTOBER 2026

Berlin

Medikationsmanagement kann nicht mehr abgerechnet werden

Zum 30.09.2026 wurde der Vertrag „AOK eLiSa (electronic Life Saver)“ gekündigt. Dieser Vertrag enthielt einen softwaregestützten Medikationscheck. Praxen konnten damit einen Medikationsplan erstellen und mit Hilfe eines Medikationschecks prüfen, ob Arzneimittel für Patienten Risiken bergen oder mit anderen verschriebenen Medikamenten nicht kombiniert werden können.

Der RGM-Vertrag richtet sich auch an Versicherte der AOK Nordost und ist auf die Versorgung multimorbider Patienten ausgelegt. Innerhalb des RGM-Vertrags gab es den Bezug zum eLiSa-Vertrag. Mit dem Wegfall dieses Vertrags wurden innerhalb des RGM-Vertrags Passagen angepasst oder sind weggefallen.

Als eine Folge des Wegfalls von Passagen des eLiSa-Vertrags kann die Ziffer für das Medikationsmanagement, Ziffer 90045, seit diesem Quartal nicht mehr abgerechnet werden.

Die Arzneimitteltherapiesicherheit ist für multimorbide Patienten weiterhin ein wichtiger Punkt. Die allgemeinen Regelungen zum Thema Multimedikation beziehungsweise Medikationsmanagement, die nicht direkt an eLiSa gekoppelt sind, bleiben von der Kündigung unberührt und gelten noch bis zum regulären Ende des RGM-Vertrags am 31.12.2026 fort.

Quelle: www.kvberlin.de/fuer-praxen/aktuelles/praxis-news/detailansicht/pn-260804

Wichtig – neue Pseudoziffern im Zusammenhang mit Vorhaltepauschale

Bisher mussten Hausärzte mittels einer Eigenerklärung zusammen mit der Sammelerklärung den Nachweis über die Kriterien 9 (Qualitätszirkel) und 10 (erweiterte Sprechstunde) einreichen. Ab sofort erbringen Hausärzte diese Angabe über zwei Pseudoziffern. Diese Ziffern werden, sofern das Kriterium erreicht wurde, auf einem beliebigen Schein im Quartal abgerechnet. Für das Kriterium 9 erfolgt die Abrechnung der Ziffer 93042 und für das Kriterium 10 die Ziffer 93043.

Die Ziffer 93042 muss nicht von einer fachgleichen hausärztlichen Gemeinschaftspraxis (BAG) abgerechnet werden. Das Kriterium 9 lautet Qualitätszirkel oder Zusammenarbeit und in einer fachgleichen hausärztlichen Gemeinschaftspraxis ist die Zusammenarbeit gegeben und somit ist das Kriterium erfüllt.

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. OKTOBER 2026

Weiterer Schritt bei der Digitalisierung

Die KV treibt ihre Digitalisierung voran. Seit diesem Quartal werden Änderungsbescheide nach § 106d SGB V für teilnehmende Praxen nicht mehr auf dem Postweg, sondern ausschließlich digital im Online-Portal bereitgestellt.

Nach der erfolgreichen Einführung des elektronischen Honorarfestsetzungsbescheids (eHFB) inklusive Praxis-honorarbericht (PHB) sowie den Bescheiden zur eZuweisung ist dies der nächste Schritt innerhalb der Digitalisierung.

Der § 106d SGB V regelt die gesetzliche Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung. Krankenkassen und KV sind hierbei verpflichtet, die Rechtmäßigkeit und Plausibilität von ärztlichen Abrechnungen zu überprüfen.

Ergeben sich im Rahmen dieser Prüfungen Korrekturen oder Beanstandungen korrigiert die KV dies gegenüber den Praxen. Der entsprechende Änderungsbescheid dokumentiert diese Anpassungen, Rückforderungen oder Honorarberichtigungen für die entsprechenden Abrechnungsquartale.

Die Umstellung betrifft alle Praxen, für die ein entsprechender Antrag der Krankenkassen vorliegt und die an der elektronischen Bekanntgabe teilnehmen. Diese erhalten den Änderungsbescheid ausschließlich digital. Über die Vorlage eines neuen Bescheids im Online-Portal werden die Praxen per E-Mail informiert. Eine regelmäßige Kontrolle des Postfachs ist sinnvoll.

Sobald ein neuer Bescheid im Portal bereitliegt, werden die Praxen per E-Mail informiert. Der Bescheid gilt am vierten Tag nach Absendung der E-Mail als rechtlich wirksam bekanntgegeben.

Quelle: www.kvberlin.de/fuer-praxen/aktuelles/praxis-news/detailansicht/pn-260715-1

Gestationsdiabetes-Vereinbarung - neue Krankenkassen an Bord

Seit dem 01.10.2026 nehmen die pronova BKK und Debeka BKK an der Gestationsdiabetes-Vereinbarung teil. Jetzt haben auch ihre Versicherten Anspruch auf diese Versorgung.

Quelle: www.kvberlin.de/fuer-praxen/alles-fuer-den-praxisalltag/vertrage-und-recht/vertraege/gestationsdiabetes

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. OKTOBER 2026

Brandenburg

Änderungen beim DMP KHK

Seit diesem Quartal kann die Patientenschulung MEDIAS 2 BSC auch im DMP KHK eingesetzt werden. Es handelt sich dabei um ein strukturiertes Schulungs- und Behandlungsprogramm für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, die mit einer nicht-intensivierten Insulintherapie behandelt werden.

Die Patientenschulung HBSP (das strukturierte Hypertoniebehandlungs- und Schulungsprogramm) kann nicht mehr angewendet werden. Laufende HBSP-Schulungen, die vor dem 01.10.2026 gestartet sind, können noch bis zum 31.12.2026 zu Ende geführt werden.

In der nachfolgenden Tabelle sind die aktuellen Bewertungen für die Schulungen zusammengefasst.

Ziffer	Beschreibung	Wert
Programmierte ärztliche Schulung Typ 2 Diabetiker ohne Insulinbehandlung		
96020	Behandlungs- und Schulungsprogramm	26,00 €
96120	LINDA ohne Insulin	27,00 €
96021	MEDIAS 2	26,00 €
Programmierte ärztliche Schulung Typ 2 Diabetiker mit Insulinbehandlung		
96022	Behandlungs- und Schulungsprogramm mit konventioneller Insulinbehandlung	27,00 €
96023	Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierte Insulintherapie	30,00 €
96122	Behandlungs- und Schulungsprogramm für bedarfsgerechte Insulintherapie	27,00 €
96130	LINDA mit Insulin	28,00 €
96133	LINDA ICT	30,00 €
96134	MEDIAS 2 BSC	27,00 €

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. OKTOBER 2026

Ziffer	Beschreibung	Wert
Hypertonieschulung		
96024	Schulungsprogramm Hypertonie	26,00 €
96125	IPM	26,00 €
Kardio Fit		
96031	Kardio Fit	26,00 €
Schulungsmaterial		
96031	Diabetes Schulungsmaterial	10,00 €
96032	Diabetes Schulungsmaterial für Medias-2-Schulungen	14,00 €
	ab 01.01.2027	14,50 €
96033	Hypertonieschulungsmaterial	10,00 €
96039	Kardio-Fit-Schulungsmaterial	10,00 €

Anpassungen der Betreuungspauschalen:

Ziffer	Beschreibung	Wert
96434	Betreuungspauschale für koordinierenden Arzt	14,00 €
	ab 01.04.2028	14,50 €
96033	Facharztspauschale	28,00 €
	ab 01.04.2028	29,00 €

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. OKTOBER 2026

Brandenburg

Änderungen beim DMP Diabetes mellitus Typ 1

Bei der Neuregelung der DMP-Richtlinie kam es zu Ergänzungen. Eine besagt, dass in der Praxis mindestens eine Vollzeitstelle oder entsprechende Teilzeitstellen mit Diabetesberatern besetzt sein müssen. Als weitere Ergänzung wurde genannt, dass teilnehmende Vertragsärzte für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen innerhalb der Ersteinstellungsphase rund um die Uhr erreichbar sein müssen.

Übersicht der Vergütungen für die als Fußambulanz teilnehmenden Vertragsärzte:

Ziffer	Beschreibung	Wert
96212	Prophylaxe und Rezidivvermeidung	8,00 €
	ab 01.04.2028	8,50 €
96021	Erstkontakt für Patienten mit diabetischem Fußsyndrom oder Charcotfuß • je Krankheitsfall	44,50 €
Behandlung eines Patienten mit diabetischem Fußsyndrom (Wagner 1 bis 4)		
96214	Wagner 1	22,50 €
96215	Wagner 2	22,50 €
96216	Wagner 3	27,50 €
96217	Wagner 4	32,50 €
96218	Behandlung eines Patienten mit Charcotfuß	16,50 €

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. OKTOBER 2026

In der nachfolgenden Tabelle sind die aktuellen Bewertungen der Schulungen zusammengefasst:

Ziffer	Beschreibung	Wert
Programmierte ärztliche Schulung Typ 1 Diabetiker ab dem vollendeten 18. Lebensjahr		
96092	Schulungsprogramm intensivierte Insulintherapie	30,00 €
96097	LINDA bei intensivierter Insulintherapie	30,00 €
96110	PRIMAS	30,00 €
Programmierte ärztliche Schulung von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr		
96093	Diabetesbesuch für Kinder	30,00 €
96098	Jugendliche mit Diabetes	30,00 €
Hypertonieschulung		
96026	Schulungsprogramm Hypertonie	26,00 €
96028	IPM	26,00 €
INPUT und SPECTRUM		
96111	INPUT – Selbstbestimmtes Leben mit Diabetes und Insulinpumpe	29,50 €
96113	Schulungs- und Behandlungsprogramm zur kontinuierlichen Glukosemessung für Menschen mit Diabetes (SPECTRUM)	29,50 €
Schulungsmaterial (pro Patient)		
96031	Diabetes Schulungsmaterial – Erwachsene	9,00 €
96031J	Diabetes-Schulungsmaterial – 12 bis 18 Jahre	100,00 €
96031K	Diabetes Schulungsmaterial – 6 bis 11 Jahre	19,90 €
	ab 01.01.2027	22,90 €

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. OKTOBER 2026

Ziffer	Beschreibung	Wert
Schulungsmaterial (pro Patient) – Fortsetzung		
96033	Hypertonie-Schulungsmaterial	9,00 €
96036	Schulungsmaterial PRIMAS-Schulung	14,00 €
	ab 01.04.2027	19,90 €
96095	Schulungsmaterial Hypoglykämiewahrnehmungstraining BGAT	20,00 €
96096	Schulungsmaterial Hypoglykämiewahrnehmungstraining HyPOS	6,00 €
96112	Schulungsmaterial INPUT	17,90 €
	ab 01.04.2027	19,90 €

Anpassungen der Betreuungspauschalen:

Ziffer	Beschreibung	Wert
96210	Betreuungspauschale	49,00 €
	ab 01.04.2028	49,50 €
96211	Neueinstellung der Therapie	61,00 €
	ab 01.04.2028	62,00 €

Quelle: www.kvbb.de/praxis/aktuelles/news-detail/meldung-dmp-vertraege-zahlreiche-neuerungen-zum-vierten-quartal-2026

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. OKTOBER 2026

Bremen

Änderungen beim DMP KHK und DM

Seit diesem Quartal gibt es Anpassungen beim DMP KHK und Diabetes mellitus Typ 1 (DM1). Es gibt höhere Vergütungen bei der Qualitätssicherung, den Schulungen und den Materialien. Einige Erhöhungen greifen erst ab Januar 2027.

In der nachfolgenden Tabelle sind die neuen Leistungen im Rahmen des DMP KHK aufgeführt.

Ziffer	Beschreibung	Wert
99933	Qualitätssicherungspauschale	14,00 €
99934Q	Qualitätssicherungspauschale für den Abschluss der Schulung	8,00 €

Zusätzlich erfolgt die Erhöhung der Vergütung innerhalb der Schulungen des DMP KHK, DM1 und DM2.

Die folgende Tabelle zeigt den bisherigen und den neuen Wert auf.

Ziffer	Beschreibung	Wert bisher	Wert
99907	Medias 2 und Medias 2 ICT	9,55 €	14,00 €
99984	Qualitätssicherungspauschale (wird von der KV hinzugesetzt)	12,50 €	8,00 €

Quelle: www.kvhb.de/praxen/nachrichten/detail/dmp-khk-und-dm1-mehr-verguetung-fuer-qualitaet-und-schulungen-ab-oktober-2026

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. OKTOBER 2026

Hessen

DMP Herzinsuffizienz

Seit dem 01.10.2026 können Versicherte erstmalig in das DMP Herzinsuffizienz (HI) eingeschrieben werden. Beim gleichzeitigen Vorliegen einer koronaren Herzerkrankung entscheidet der behandelnde Arzt, von welchem der beiden DMP-Programme der Patient stärker profitiert und die Einschreibung sinnvoll wäre.

Zielsetzung ist eine indikationsabhängige und systematische Koordination der Versorgung von Patienten mit einer Herzinsuffizienz. Die Lebensqualität und Belastbarkeit im Alltag soll gesteigert werden. Gleichzeitig sollen die Verschlechterung der Erkrankung und eventuelle Krankenhausaufenthalte verringert bzw. vermieden werden.

Vertragsstart / Gültigkeit ab	01.10.2026	
Vertragsinhalt	DMP Herzinsuffizienz	
teilnahmeberechtigte Versicherte	gesicherte Herzinsuffizienz	
teilnahmeberechtigte Ärzte	Hausärzte, Fachärzte für Kardiologie	
Leistungen		
Ziffer	Beschreibung	Wert
koordinierender Arzt		
92071	Einschreibung/Erstdokumentation	25,00 €
92072	Folgedokumentation	15,00 €
92073	Einschreibung/Erstdokumentation (Mehrfacheinschreibung) • je weiteres DMP	10,00 €
92074	Folgedokumentation (Mehrfacheinschreibung) • je weiteres DMP	7,50 €

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. OKTOBER 2026

Ziffer	Beschreibung	Wert
Patientenschulung		
92075	Standardisierte Patientenschulung Herzinsuffizienz	25,50 €
92075E	Standardisierte Patientenschulung Herzinsuffizienz • als Einzelschulung	25,50 €
92075N	Standardisierte Patientenschulung Herzinsuffizienz • als Nachschulung (max. 2 Unterrichtseinheiten/Patient)	25,50 €
92075V	Standardisierte Patientenschulung Herzinsuffizienz • als vorzeitige Wiederholungsschulung (vor Ablauf von 8 Quartalen)	25,50 €
92075W	Standardisierte Patientenschulung Herzinsuffizienz • Wiederholungsschulung (nach Ablauf von 8 Quartalen)	25,50 €
92076	Schulungsmaterial	0,00 €

Quelle: www.kvhessen.de/recht-vertrag?filter%5BitemsPerPage%5D=0&cHash=5b3d2f605b86e33033035c4ef792b29b#cadv17703

Neue Sonderziffern zum Entlassmanagement

Seit dem 01.10.2026 können Praxen drei neue Ziffern im Zusammenhang mit dem Entlassmanagement von Krankenhäusern abrechnen. Mit der Eingabe dieser Ziffern möchte die KV die aktuelle Situation im Rahmen des Entlassmanagements statistisch erfassen, um gezielt für Verbesserung sorgen zu können.

Die Ziffern zur Dokumentation lauten:

- 98991 – fehlendes Entlassmanagement
- 98992 – unvollständiges Entlassmanagement
- 98993 – Anforderung einer Krankenhauseinweisung und Krankenhausüberweisung

Diese Ziffern werden nicht vergütet.

Im Freifeld der eingegebenen Ziffern tragen Praxen den Namen des Krankenhauses ein, um das es sich bei dem entsprechenden Patienten handelt.

Quelle: www.kvhessen.de/publikationen/entlassmanagement

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. OKTOBER 2026

Nordrhein

Neuer einheitlicher Palliativvertrag

Seit dem 01.10.2026 gibt es einen neuen, kassenübergreifenden Vertrag für die Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV). Dieser ersetzt die bisher getrennten Verträge der Primär- und Ersatzkassen und sorgt für einheitliche Bedingungen bei der Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen.

Innerhalb des Vertrags arbeiten Haus- und Fachärzte, qualifizierte Palliativärzte (QPÄ), Koordinatoren und Palliativ-Pflegedienste zusammen.

Als Neuerung ist zu nennen, dass Ärzte einen einheitlichen Zuschlag für Hausbesuche erhalten und dringende Hausbesuche am selben Tag nun direkt abrechnen können. Bisher galt das nur bei Besuchen in Pflegeheimen. Neben qualifizierten Palliativmediziner*innen können sich unter bestimmten Voraussetzungen künftig auch Haus- und Fachärzte an der 24-Stunden-Rufbereitschaft beteiligen. Voraussetzung ist, dass die Haus- und Fachärzte seit mindestens einem Jahr am Vertrag teilnehmen. Darüber hinaus muss in der Versorgungsregion ein entsprechender Bedarf bestehen. Am AAPV teilnehmende Ärzte können eine gesonderte telefonische Erreichbarkeit für die eingeschriebenen Patienten anbieten und erhalten dafür eine besondere Vergütung.

In den getrennten Verträgen gab es bisher eine Altersgrenze – die Versorgung war ab 18 Jahren möglich. Diese Regelung wurde nun aufgehoben und Kinder und Jugendliche können innerhalb der AAPV versorgt werden.

Zukünftig sollen die Dokumentationsaufwände reduziert werden - die Dokumentation soll digital und mit weniger Aufwand erfolgen.

Quelle: www.kvno.de/medien/presse/pressemeldungen/pressemeldungen-detail/nachricht/ambulante-versorgung-unheilbar-erkrankter-palliativvertrag-fuer-nordrhein-neu-aufgelegt

DMP Rheumatoide Arthritis

Das DMP Rheumatoide Arthritis ist seit diesem Quartal in Nordrhein möglich. Patienten mit einer rheumatoiden Arthritis können von teilnahmeberechtigten Ärzten (s. Tabelle unten) eingeschrieben werden.

Zielsetzung des Vertrages ist eine indikationsabhängige und systematische Koordination der Versorgung von chronisch kranken Versicherten mit rheumatoider Arthritis.

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. OKTOBER 2026

Vertragsstart / Gültigkeit ab	01.10.2026		
Vertragsinhalt	DMP Rheumatoide Arthritis		
teilnahmeberechtigte Versicherte	gesicherte rheumatoide Arthritis oder gesicherte Synovitis (mindestens eines Prädilektionsgelenks (Handgelenke, Fingergrund- und Fingermittelgelenke (außer Daumensattelgelenk) und Zehengrundgelenke (außer Großzehengrundgelenk)), wenn keine andere Ursache der Synovitis vorliegt und mindestens 6 Punkte nach den ACR/EULAR-Klassifikationskriterien erreicht werden		
teilnahmeberechtigte Ärzte	Hausärzte, Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie, Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie und Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung Orthopädische Rheumatologie		
Leistungen			
Ziffer	Beschreibung		Wert
koordinierender Arzt			
90285	Einschreibung/Erstdokumentation Information, Beratung zum DMP und Einschreibung der Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entsprechenden Unterlagen		25,00 €
90286	Folgedokumentation - kontinuierliche Beratung, Betreuung und Koordination des Versicherten - Erstellung und Versand der Folgedokumentation der entsprechenden Unterlagen		12,00 €
	Umwandlung durch die KV ab dem zweiten DMP		5,00 €
902860	Qualitätssicherungspauschale vollständige Dokumentation 1 x / Krankheitsfall - setzt die KV am Ende des Krankheitsfalls zu		17,50 €

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. OKTOBER 2026

Ziffer	Beschreibung	Wert
koordinierender Arzt (Fortsetzung)		
90286Z	Qualitätsziel-Erreichungszuschlag • Zuschlag für die dokumentierte jährliche klinische Osteoporose-Risikoabschätzung • 1 x / Krankheitsfall • setzt die KV nach Dokumentationserfassung zu	7,50 €
90287	Betreuungspauschale koordinierender Arzt • intensives Patientengespräch zur Erkrankung, Medikation und Impfstatus • ggf. Therapieanpassung in Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern • 1 x / Behandlungsfall	12,00 €
qualifizierter Facharzt		
90289	Ersteinstellungspauschale für Fachärzte Erstkontakt • nach hausärztlicher Erstdiagnose und Überweisung • Erstellung eines differenzierten Befundberichts an den koordinierenden Arzt • 1 x / Patient • nicht neben 90292	35,00 €
90290	Zweitkontakt (2. Kontaktquartal) • Therapieoptimierung sofern nach 12 Wochen noch kein adäquates Therapieansprechen erreicht wurde • 1 x / Patient nach Erstkontakt, jedoch nicht im selben Quartal • nicht neben 90292	28,00 €
90291	Drittkontakt (3. Kontaktquartal) • Therapieoptimierung sofern nach 24 Wochen noch keine Remission der RA erreicht wurde • 1 x / Patient nach Zweitkontakt, jedoch nicht im selben Quartal • nicht neben 90292	28,00 €

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. OKTOBER 2026

Ziffer	Beschreibung	Wert
qualifizierter Facharzt (Fortsetzung)		
90292	Betreuungspauschale koordinierender Arzt • Verlaufskontrolle auf Überweisung • Beurteilung der Krankheitsaktivität • Therapieoptimierung • Prüfung der Indikation einer radiologischen Kontrolle • max. 2 x / Krankheitsfall, jedoch nicht im selben Quartal • nicht neben 90285, 90286, 90287 im selben Quartal	25,00 €
Patientenschulung		
90294E/N/W	Patientenschulung Strukturierte Patienteninformation für Rheumatoide Arthritis – StruPI (RA) E = Einzelschulung, N = Nachschulung, W = Wiederholungsschulung	30,50 €
90295	Schulungsmaterial StruPI (RA)	10,00 €
90296E/N/W	Basisschulung RA E = Einzelschulung, N = Nachschulung, W = Wiederholungsschulung	22,50 €
90297	Schulungsmaterial Basisschulung RA	10,00 €

Quelle: www.kvno.de/praxis/recht-vertraege/vertraege/dmp/dmp-rheuma



REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. OKTOBER 2026

Rheinland-
Pfalz

Änderungen beim DMP KHK und DM

Ab diesem Quartal gibt es Anpassungen bei den Vergütungen im Rahmen des DMP KHK und Diabetes mellitus Typ 1 (DM1). Und zusätzlich gibt es neue Schulungen und eine neue Betreuungspauschale. Einige Vergütungen erhöhen sich ab Januar 2028 oder 2029 und werden zur besseren Übersicht auch schon aufgenommen.

Neue Leistungen:

Ziffer	Beschreibung	Wert
Diabetes mellitus Typ 1		
90305	INPUT – Selbstbestimmtes Leben mit Diabetes und Insulinpumpe	28,00 €
	ab 01.01.2029	30,00 €
99889	Schulungsmaterialien DM1	28,00 €
	ab 01.01.2029	30,00 €
KHK		
90154	Pauschale für die fachärztliche Betreuung	25,00 €
90161	Betreuungspauschale koordinierender Arzt	11,00 €

Die Änderungen der Schulungen sind in der nachfolgenden Tabelle zusammengefasst.

Ziffer	Beschreibung	Wert bisher	Wert
Schulung Diabetes mellitus Typ 1			
90006	Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie	26,00 €	28,00 €
	ab 01.01.2029		30,00 €
90007	Modulare Bluthochdruck-Schulung IPM	26,00 €	28,00 €
	ab 01.01.2029		30,00 €

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. OKTOBER 2026

Ziffer	Beschreibung	Wert bisher	Wert
90008	Initiale Einweisung in die Insulintherapie	125,00 €	125,00 €
	ab 01.01.2028		130,00 €
90009	Einleitung einer intensivierten Insulintherapie	175,00 €	187,00 €
	ab 01.01.2028		194,50 €
90010	Intervention bei Nichterreichen der Therapieziele	100,00 €	112,00 €
	ab 01.01.2028		116,50 €
90011	Betreuung einer schwangeren Diabetikerin	120,00 €	131,00 €
	ab 01.01.2028		136,00 €
90012	Einzelberatung mindestens 15 Minuten außerhalb der strukturierten Schulung durch einen anerkannten Diabetesberater Kinder bis einschließlich 16 Jahren	10,00 €	17,00 €
90013	Einzelberatung mindestens 15 Minuten außerhalb der strukturierten Schulung durch einen anerkannten Diabetesberater Kinder ab 17 Jahren	10,00 €	17,00 €
90022	LINDA-Diabetesselbstmanagementschulung (ICT/FIT)	26,00 €	28,00 €
	ab 01.01.2029		30,00 €
90023	PRIMAS Programm für ein selbstbestimmtes Leben	26,00 €	28,00 €
	ab 01.01.2029		30,00 €
90027	Blutglukosewahrnehmungstraining (BGAT) III	26,00 €	28,00 €
	ab 01.01.2029		30,00 €
90028	HyPOS	26,00 €	28,00 €
	ab 01.01.2029		30,00 €

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. OKTOBER 2026

Ziffer	Beschreibung	Wert bisher	Wert
Schulung KHK			
90057	Hypertonie Schulung	26,00 €	28,00 €
	ab 01.01.2029		30,00 €
90140	Schulung für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung	26,00 €	28,00 €
	ab 01.01.2029		30,00 €
90008	Kardio-FIT	26,00 €	28,00 €
	ab 01.01.2028		30,00 €

Quelle: www.kv-rlp.de/nachricht/dmp-hoehere-verguetungen-in-dm1-und-khk

Schleswig-
Holstein

Neues Abrechnungsmodul im Selektivvertrag Check-Up+

Für Versicherte der AOK NordWest mit Diabetes mellitus gibt es im Rahmen des Vertrags Check-Up+ ein neues Früherkennungsmodul. Es prüft, ob eine neurogene Blasenfunktionsstörung vorliegt.

In erster Linie richtet sich das Modul an Versicherte ab 60 Jahren. Jüngere Patienten mit diabetischen Folgekomplikationen haben auch Anspruch auf diese Früherkennungsuntersuchung.

Das Modul umfasst die Früherkennungsuntersuchung, Therapie und Verlaufskontrolle.

Quelle: www.kvsh.de/praxis/praxisfuehrung/newsletter/checkupplus

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. OKTOBER 2026

Schleswig-
Holstein

Änderungen beim DMP KHK und DM

Seit diesem Quartal gibt es Anpassungen beim DMP KHK und Diabetes mellitus Typ 1 (DM1). Es gibt höhere Vergütungen bei den Schulungen. Zusätzlich gibt es neue und auch zusammengefasste Leistungen.

Die Tabelle enthält alle neuen Leistungen bereit.

Ziffer	Beschreibung	Wert
Diabetes mellitus Typ 1		
99745D	Transition-Komplex Pädiatrie	25,00 €
99745E	Transition-Komplex Erwachsener (Diabetologe)	25,00 €
99745F	Betreuung einer schwangeren Typ 1-Diabetikerin über den Zeitraum der gesamten Schwangerschaft	131,00 €
99786E	Betreuungspauschale koordinierender Arzt • Zusammenfassung 99786E und 99786F	4,10 €

Hier sind die Erhöhungen der Schulungen aufgeführt.

Ziffer	Beschreibung	Wert bisher	Wert
Schulung Diabetes mellitus Typ 1			
99745A	Betreuungspasuchale	48,00 €	49,00 €
99746A	Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensive Insulintherapie	12,78 €	14,00 €
99747C	Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensive Insulintherapie im Videoformat	12,78 €	14,00 €
99747A	Diabetes Buch für Kinder	12,78 €	14,00 €

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. OKTOBER 2026

Ziffer	Beschreibung	Wert bisher	Wert
99748B	Jugendliche mit Diabetes	12,78 €	14,00 €
99749A	Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie	12,78 €	14,00 €
99746E	Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie	12,78 €	14,00 €
99746C	Blutglukosewahrnehmungstraining (BGAT) III	12,78 €	14,00 €
99746F	HyPOS	12,78 €	14,00 €
99749F	PRIMAS	12,78 €	14,00 €
Schulung KHK			
99786G	Kardiologische Mitbehandlungspauschale	5,00 €	22,00 €
99786H	Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie	12,78 €	14,00 €
99787H	Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie im Videoformat	12,78 €	14,00 €
99786N	Kardio-Fit	12,78 €	14,00 €
99787N	Kardio-Fit im Videoformat	12,78 €	14,00 €

Quellen:

www.kvsh.de/praxis/praxisfuehrung/newsletter/dmp-khk

www.kvsh.de/praxis/praxisfuehrung/newsletter/dmp-dm1

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. OKTOBER 2026

Thüringen

DMP Rheumatoide Arthritis

Das DMP Rheumatoide Arthritis ist jetzt in Thüringen möglich. Seit dem 01.10.2026 können Patienten von teilnahmeberechtigten Ärzten (s. Tabelle unten) eingeschrieben werden.

Zielsetzung des Vertrages ist eine indikationsabhängige und systematische Koordination der Versorgung von chronisch kranken Versicherten mit rheumatoider Arthritis.

Vertragsstart / Gültigkeit ab		01.10.2026
Vertragsinhalt		DMP Rheumatoide Arthritis
teilnahmeberechtigte Versicherte	gesicherte Rheumatoide Arthritis oder gesicherte Synovitis (mindestens eines Prädilektionsgelenks (Handgelenke, Fingergrund- und Fingermittelgelenke (außer Daumensattelgelenk) und Zehengrundgelenke (außer Großzehengrundgelenk)), wenn keine andere Ursache der Synovitis vorliegt und mindestens 6 Punkte nach den ACR/EULAR-Klassifikationskriterien erreicht werden	
teilnahmeberechtigte Ärzte	Hausärzte, Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie, Fachärzte für Orthopädie und Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung Orthopädische Rheumatologie	
Leistungen		
Ziffer	Beschreibung	Wert
koordinierender Arzt		
99456	Einschreibung/Erstdokumentation Information, Beratung zum DMP und Einschreibung der Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entsprechenden Unterlagen	18,00 €
99457	Folgedokumentation und Koordinierungspauschale - kontinuierliche Beratung, Betreuung und Koordination des Versicherten - Erstellung und Versand der Folgedokumentation der entsprechenden Unterlagen	12,00 €

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. OKTOBER 2026

Ziffer	Beschreibung	Wert
koordinierender Arzt (Fortsetzung)		
99458	Intensives Patientengespräch	10,00 €
99459	Intervention akuter Rheuma-Schub • 1 x / Behandlungsfall, max. 2 x / Krankheitsfall • vorerst befristet bis zum 31.12.2031	10,00 €
qualifizierter Facharzt		
99460	Ersteinstellungspauschale • 1 x / Behandlungsfall • in den ersten vier aufeinanderfolgenden Quartalen nach Erstdiagnose	21,00 €
99461	Mitbehandlungspauschale • 1 x / Behandlungsfall, max. 2 x / Krankheitsfall	18,00 €
99462	Behandlung akuter Rheuma-Schub • 1 x / Behandlungsfall, max. 2 x / Krankheitsfall • vorerst befristet bis zum 31.12.2031	10,00 €
Patientenschulung		
99463	Patientenschulung Strukturierte Patienteninformation für Rheumatoide Arthritis – StruPI-RA	30,00 €
99464	Schulungsmaterial StruPI-RA	10,00 €
99465	Basisschulung RA	22,50 €
99466	Schulungsmaterial Basisschulung RA	10,00 €
99467	Nachschulung StruPI-RA	30,00 €
99468	Nachschulung Basisschulung RA	22,50 €

Quelle: www.kv-thueringen.de/mitglieder/themen-a-z/d/disease-management-programme-dmp/dmp-rheumatoide-arthritis



REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. OKTOBER 2026

Für die bessere Lesbarkeit im Bereich der HZV-Anpassungen verwenden wir folgende Icons:



neue Leistungen



Erhöhung der Vergütung



entfallene Einzelleistungen

Baden-
Württemberg

Vertrag AOK

- Die Palliativmedizinische Betreuung wird neu strukturiert. Die P7 wird um 40 € erhöht, dafür fallen die Besuche weg. Zudem muss die P7 nicht aktiv abgerechnet werden (Zuschlag erfolgt automatisch bei der Diagnose Z51.5 und mindestens einer kausalen infausten Erkrankung) für max. 5 Quartale.
- Neue Pauschale für die Behandlung von Ulcus cruris. Voraussetzung ist, dass der Patient am PraCMan teilnimmt und gesicherter Ulcus cruris venosum vorliegt (ICD-10: I83.0, I83.2, I87.01, I87.21).

Leistung	Alt	Neu
 Ulcus Cruris Pauschale, max. 1 x pro Quartal	-	40,00 €
 Palliativmedizinische Betreuung und Koordination P7 (Zuschlag)	100,00 €	140,00 €
 P7a Palliativpatient Besuch	15,00 €	-
P7a Palliativpatient Vertretung	25,00 €	-

REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. OKTOBER 2026

Bayern

Vertrag BKK

- Einführung eines Psychosomatik-Zuschlages (Entfall der 35100/35110) und Besuchskomplex
- Wegfall von Einzel-Leistungen

Leistung	Alt	Neu
	Psychosomatik-Zuschlag je eingeschriebenem Patient	- 4,00 € pro Quartal
	1400 Besuchskomplex (1410, 1413, 1417, 1418, Wegegeld), je Leistung	- 32,00 €
	01740 Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms	- 20,00 €
	01732/01732B Gesundheitsuntersuchung	35,00 € 20,00 €
	01731 Krebsfrüherkennungsuntersuchung Männer	14,19 € 20,00 €
	01745 Hautkrebsscreening	21,20 € 20,00 €
	01746 Zuschlag HKS zur 01732	16,82 € 20,00 €
	35100 Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	20,00 € -
	35110 Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	20,00 € -
	Zuschlag zur 01732 (GU35) ab dem 46. Lebensjahr	10,00 € -
	1410 Besuch	30,00 € -
	1413 Mitbesuch	7,54 € -
	1417 Besuch durch VERAH	15,00 € -
	1418 Heimbesuch	18,00 € -
	Wegegeld	5,00 – 15,00 € -

REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. OKTOBER 2026

Nordrhein

Vertrag Knappschaft

Die Ziffer 1490 wird nun automatisch als Zuschlag vergütet (bei Erfüllung der Voraussetzungen).

Westfalen-
Lippe

Vertrag AOK NordWest

- Einführung einer Struktur- und Qualitätspauschale und Besuchskomplex
- Wegfall von Einzel-Leistungen
- Wegfall der Altersstaffel bei der P2
- Aufnahme der Meningokokken Impfung 89140 (A, C, W, Y) und 88349A/B/R (Comirnaty LP.8.1) in den Ziffernkranz
- Aufnahme folgender Leistungen in den Ziffernkranz: 01611, 01624, 03321, 01747 und 01748

Leistung	Alt	Neu
 Struktur- und Qualitätspauschale (SQP)	-	20,00 € pro Jahr
1400 Besuchskomplex (01410, 01411, 01412, 01415; max. 10 x / Patient / Quartal)	-	32,50 €
 0000 P2 Kontaktpauschale: Wegfall der Altersstaffel	40,00 – 50,00 €	43,00 €
 03240 hausärztlich geriatrisches Basisassessment	17,00 €	-
0010 „verlängerte Sprechzeit“	22,00 €	-
02310 Versorgung chronischer Wunden (sekundär heilende Wunden)	22,00 €	-

REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. OKTOBER 2026

Leistung	Alt	Neu
	02311 Versorgung chronischer Wunden (Behandlung Diabetischer Fuß)	15,00 € -
	02312 Versorgung chronischer Wunden (Behandlung chron. venöses Ulcus)	11,00 € -
	1410 Besuch	30,00 € -
	1411 ungeplanter eiliger Besuch	60,00 € -
	1417 Besuch durch VERAH	18,00 € -
	Wegegeld	5,00 – 15,00 € -
	01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	25,00 € -
	01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	40,00 € -
	2005 Postoperative hausärztliche Betreuung	30,00 € -
	2304 Überleitungsmanagement (persönlich)	80,00 € -
	2305 Überleitungsmanagement (telefonisch)	30,00 € -

Vertrag Knappschaft

Die Ziffer 1490 wird nun automatisch als Zuschlag vergütet (bei Erfüllung der Voraussetzungen).

Vertrag EK, IKK, Knappschaft, LKK

Aufnahme der Meningokokken Impfung 89140 (A, C, W, Y) in den Ziffernkranz.



DIE WELT DER HZV

GASTBEITRAG DER HÄVG

GWQ-Hausarzt+ Vertrag in der HZV: Faires Honorar, starkes Team

Die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) ist ein Versorgungsmodell, bei dem sich Patientinnen und Patienten freiwillig für ihre Hausarztpraxis als erste Anlaufstelle bei Gesundheitsfragen entscheiden. Für Praxen ist mit der HZV zudem eine eigene Vergütungslogik verbunden – mit Pauschalen, Zuschlägen und Einzelleistungen.

Die zum 1. Juli 2026 in Kraft getretene Weiterentwicklung des GWQ-Vertrags Hausarzt+ zeigt, wie sich die Vergütung an die Anforderungen des Praxisalltags anpassen lässt – mit mehr Honorar und erweiterten Spielräumen für Praxisteams.

Die GWQ Service Plus AG ist ein Zusammenschluss zahlreicher Betriebskrankenkassen, welche im Verbund diesen HZV-Vertrag umsetzen. Je nach Region beteiligen sich ca. 30 Betriebskrankenkassen. Ein genauerer Blick auf diesen Vertrag lohnt sich schon allein durch das hohe Versichertenpotential, welches sich durch die zahlreich beteiligten Krankenkassen ergibt.

Honorarplus bei den Pauschalen

Im Zuge der Vertragsweiterentwicklung wurden die drei zentralen HZV-Pauschalen angehoben:

- **Versorgungsstrukturpauschale (P1):** von 66 auf 72 Euro. Sie vergütet das Vorhalten der Praxisstruktur und wird kontaktunabhängig gezahlt.
- **Behandlungspuschale (P2):** von 42 auf 48 Euro. Sie wird bei einem Arzt-Patienten-Kontakt einmal pro Quartal vergütet.
- **Chronikerpauschale (P3):** von 20 auf 23 Euro. Sie honoriert die kontinuierliche Betreuung chronisch erkrankter Patientinnen und Patienten.



Gut zu wissen

Die Erhöhungen von P1 und P2 gelten rückwirkend für Q2/26. Leistungen können bis zu vier Quartale rückwirkend nachgereicht werden.

Zudem wurden weitere Leistungen erhöht, wie die hausärztliche Betreuung von Palliativpatientinnen und -patienten von 100 auf 120 Euro oder auch der CRP-Schnelltest zur Prüfung einer Antibiotikaverordnung auf 10,50 Euro.

DIE WELT DER HZV

GASTBEITRAG DER HÄVG

Neue Leistungen im Vertrag

Mit dem dritten Quartal wurde der Leistungskatalog außerdem um verschiedene Leistungen erweitert. Besonders hervorzuheben ist dabei der neue Besuchskomplex. Mit einer einzigen Ziffer werden nun Besuche, Mitbesuche und eilige Besuche mit 30 Euro vergütet, unabhängig ob durch die VERAH oder ärztlicherseits erbracht.

Der Präventionszuschlag wurde zum Präventionskomplex weiterentwickelt: Jede Leistung wird jetzt additiv mit 20 Euro vergütet. Dazu gehören neben weiteren Leistungen beispielsweise die einmalige Gesundheitsuntersuchung für 18- bis 34-Jährige (01732B), die Gesundheitsuntersuchung ab 35, welche sogar jährlich erbracht werden kann, oder auch das Hautkrebsscreening.

Zusätzlich gibt es den Zuschlag für akademische nichtärztliche Heilberufe. Damit wird der Einsatz von qualifizierten Fachkräften wie etwa Primary Care ManagerInnen (PCM) mit einem Zuschlag auf die P1 honoriert. Je nach Beschäftigungsumfang bis zu 10 Euro pro Jahr für jede eingeschriebene Patientin / jeden eingeschriebenen Patienten.

Auch digitale Strukturen werden noch besser vergütet: Der Zuschlag für digitale und innovative Praxisausstattung wird nun auch ohne Arzt-Patienten-Kontakt (APK) und je Merkmal honoriert – zwei Weiterentwicklungen, die einen deutlichen Honorarzuwachs ermöglichen. HZV-Praxen sollten bestenfalls direkt checken, ob sie alle Merkmale gemeldet haben, es lohnt sich.

Neben der Erhöhung der Palliativpauschale ist die Rufbereitschaft am Lebensende für Palliativpatientinnen und -patienten als neue Leistung aufgenommen und wird mit 75 Euro pro Woche vergütet.



Für die Praxis

Alle Details und Meldeformulare gibt es unter qr.hzv.de/gwq-vertragsanpassungen.



DIE WELT DER HZV

GASTBEITRAG DER HÄVG

Teampraxis im Fokus

Schon mit der Gleichstellung des VERAH-Hausbesuchs mit ärztlichen Hausbesuchen und dem Zuschlag für akademische nichtärztliche Heilberufe stärkt der GWQ-Vertrag das Praxisteam. Die neue Definition des APKs bildet auch bei der Abrechnung der 0000 die Zusammenarbeit im Praxisteam besser ab, denn auch medizinische Kontakte zwischen Patientinnen und Patienten und nichtärztlichem Fachpersonal gelten nun als APK.



Praxistipp

Damit die Zuschläge abgerechnet werden können, müssen die entsprechenden Merkmale der HÄVG gemeldet werden – per Meldeformular oder über das Arztportal, teilweise mit zusätzlicher Providermeldung.

Ein genauerer Blick auf diesen HZV-Vertrag lohnt sich in jeder Region. In Webinaren zu den GWQ-Vertragsänderungen und in individuellen Beratungen durch das HZV-Team werden interessierte Hausarztpraxen umfassend informiert.

Diese Vertragsinhalte gelten nicht in Baden-Württemberg und Bayern. Dort bestehen eigenständige HZV-Verträge mit der GWQ.



HERAUSGEBER

AAC Praxisberatung GmbH
Am Treptower Park 75
12435 Berlin

REDAKTION

Dr. med. G. Lübben (V.i.s.d.P.)
Telefon: 030 - 22 44 523 0
E-Mail: info@aac-pb.de

REDAKTIONELLE MITARBEIT

Marion Beck
Julia Busse

DRUCK

MG-Print, Herford

LAYOUT

Olaf Brandmeyer

MAGAZIN ALS PDF

www.aac-pb.de/magazin

BILDNACHWEISE

Seite 1, 6 auf Basis © Airplanes - stock.adobe.com
Seite 9 © artbot - stock.adobe.com
Seite 17 © Peakstock - stock.adobe.com
Seite 32 © Photocreo Bednarek - stock.adobe.com
Seite 45 © Digi ART - stock.adobe.com
Seite 49 © Emily Norris/peopleimages.com - stock.adobe.com
Seite 52 auf Basis © Elena Butusova - stock.adobe.com

© 2026 AAC Praxisberatung GmbH
Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers.

503-20261015



AAC Praxisberatung GmbH Am Treptower Park 75 12435 Berlin

Telefon 030 · 22 44 523 0 Fax 030 · 22 44 523 33 E-Mail info@aac-pb.de

AAC-PB.DE

